

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3809/2015

ATAS/761/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 septembre 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o B\_\_\_\_\_, à ONEX

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,  
WINTERTHUR

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1976, d'origine italienne, titulaire d'un diplôme italien de cuisinier, s'est installé en Suisse, dans le canton de Genève, en septembre 2008. Il y a exercé la profession de cuisinier auprès du restaurant C\_\_\_\_\_ du 7 mars au 30 septembre 2012, puis a travaillé dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012 comme employé de maison dans un restaurant scolaire à temps partiel, puis, parallèlement à ce dernier emploi exercé à 20 %, dès le 26 mai 2014, comme cuisinier à 60 % auprès du restaurant D\_\_\_\_\_ exploité par E\_\_\_\_\_ Sàrl. Lors de ses périodes précitées de travail tant au restaurant C\_\_\_\_\_ valaisanne et chalet suisse qu'au restaurant D\_\_\_\_\_, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA, l'assureur ou l'intimé).
2. Le 24 août 2012, l'assuré a fait une chute à vélo, qui lui a occasionné des douleurs du compartiment externe du genou gauche. SWICA a pris en charge les conséquences de cet accident.
3. Le 17 juillet 2014, lors d'un match de football, l'assuré a reçu d'un joueur de l'équipe adverse un coup de pied au niveau de la cheville droite, avec torsion de cette dernière. SWICA a pris en charge les conséquences de cet accident et notamment a versé des indemnités journalières. Les médecins aussitôt consultés à la Clinique et Permanence d'Onex puis le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont attesté qu'il avait une totale incapacité de travail dès le 17 juillet 2014.
4. Les examens cliniques et radiographiques intervenus dès le 17 juillet 2014 ont orienté vers une éventuelle fracture ou fissure non déplacée de la métaphyse fibulaire distale et un possible minime arrachement de l'astragale. Une boîte plâtrée a été confectionnée pour six semaines avec décharge complète et traitement anticoagulant. Le plâtre a dû être changé à deux reprises, car il était trop serré, et il a été retiré le 28 août 2014. Le contrôle radiographique pratiqué à cette occasion-ci n'a montré aucune anomalie des structures osseuses.

Du fait des douleurs persistantes ressenties par l'assuré et de la raideur de sa cheville, une IRM a été réalisée le 5 septembre 2014 par la radiologue G\_\_\_\_\_, qui a conclu à des lésions ligamentaires, auxquelles s'associaient des foyers d'œdèmes osseux.

Le 15 septembre 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a conclu à une algodystrophie et à une entorse de cheville et du médio-tarse.

5. Dès décembre 2014, l'assuré a informé SWICA qu'il ressentait à nouveau des douleurs au genou et à la hanche, blessés lors de son accident de vélo du 24 août 2012, du fait qu'il avait dû se servir de béquilles pendant trois mois et demi et porter tout son poids sur sa jambe gauche.

6. Le 9 décembre 2014, à l'invitation de SWICA, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
7. Le 6 janvier 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Centre de médecine du sport et rééducation de l'Hôpital de La Tour, qui l'avait suivi pour ses douleurs du genou après l'accident d'août 2012. S'agissant de l'entorse externe de la cheville droite, compliquée d'une algodystrophie, le Dr F\_\_\_\_\_ estimait qu'en raison de cette dernière, une intervention chirurgicale n'apparaissait pas indiquée en l'état. L'incapacité de travail était prolongée jusqu'au 3 mars 2015. L'assuré en a aussitôt informé SWICA par téléphone.
8. Le 26 janvier 2015, SWICA a mandaté la Clinique Corela, soit en son sein le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, pour expertise de l'assuré, en particulier sur le point de savoir si ses troubles de santé étaient dus aux accidents des 17 juillet 2014 et 24 août 2012 et sur sa capacité de travail. Elle a soumis à l'assuré les questions posées audit expert.
9. L'expertise a été réalisée le 2 février 2015.
10. Dans un courrier du 26 février 2015 au Dr F\_\_\_\_\_, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du sport et rééducation à l'Hôpital de la Tour, a exprimé l'avis que la douleur au niveau du genou gauche de l'assuré était mieux circonscrite que deux ans plus tôt ; l'examen du genou était dans l'ensemble dans les limites de la norme ; la douleur était évocatrice d'une cicatrice au niveau de la bourse ou d'un petit névrome antérieur en lien avec la chute en vélo. Quant à la cheville, l'évolution était dans l'ensemble favorable, mise à part une perte de mobilité en lien avec l'immobilisation initiale.
11. Par courrier du 3 mars 2015, l'assuré a indiqué à SWICA que dès octobre 2013 il avait recommencé à jouer du football mais ressentait toujours une sensation de brûlure. Son problème de genou n'était pas résolu. Une contre-expertise pourrait être nécessaire. Le Dr I\_\_\_\_\_ lui proposait d'essayer l'ergothérapie. Des douleurs épouvantables l'empêchaient de dormir. SWICA devait prendre en charge les soins et trouver un médecin pour résoudre le problème.
12. Le 3 mars 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 19 mars 2015 et prescrit une nouvelle IRM de la cheville droite, qui a été effectuée le 4 mars 2015.
13. À teneur du rapport qu'ont établi les radiologues J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ le 4 mars 2015 (qui ne sera communiqué à SWICA que le 25 mars 2015), il était noté, en référence avec la dernière IRM du 5 septembre 2014 et en conclusion, des séquelles de déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur au niveau de son tiers moyen, en voie de cicatrisation, des séquelles de déchirure du ligament calcanéofibulaire au niveau de son insertion malléolaire proximale, un épaississement du ligament talo-fibulaire postérieur au contact de la face postérieure du talus dans le cadre d'un probable conflit, une synovite modérée de l'articulation talo-crurale, une régression des

foyers de contusion osseuses (où seul persistait un discret œdème intra spongieux du secteur postéro-latéral du talus), et un épaissement du spring ligament évoquant des contraintes mécaniques en regard sans lésion significative du tendon tibial postérieur au contact.

14. Le Dr H\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 16 mars 2015.

En rapport avec l'accident du 17 juillet 2014, l'assuré avait présenté une minime fissure de la métaphyse distale de la fibula droite, ainsi qu'une élongation du ligament collatéral latéral au niveau du faisceau talo-fibulaire antérieur, du faisceau calcanéo-fibulaire et du faisceau talo-fibulaire postérieur. L'examen clinique ne montrait plus aucun signe avec la fissure métaphysaire de la fibula. Concernant les lésions ligamentaires, les articulations de la cheville et du pied avaient récupéré une mobilité normale et étaient indolores, et il n'y avait pas de laxité objectivable, ni de tiroir antérieur à l'examen clinique. La force des muscles moteurs du pied était conservée. Les trois faisceaux du ligament collatéral latéral étaient cicatrisés sur l'IRM de la cheville droite du 5 septembre 2014. Il n'y avait plus non plus de signe clinique en rapport avec le diagnostic d'algodystrophie de la cheville et du pied droits. L'examen ne montrait plus d'augmentation de la chaleur locale, ni d'œdème local, ni de rougeur de la jambe, de la cheville et du pied, ni de tuméfaction. Les mobilités de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations du pied étaient dans les normes et indolores. Seule une petite sensibilité était perçue à la palpation de l'angle supéro-externe du talus ; si elle persistait et s'accroissait, une arthroscopie de la cheville droite serait indiquée pour investiguer toute future apparition de lésions ostéo-cartilagineuses de l'angle supéro-externe de l'astragale, complication pouvant se voir après une entorse externe de la cheville (mais l'IRM n'avait mis en évidence que de petites modifications du signal osseux au niveau du talus, qui avaient pu être attribuées à une algodystrophie).

En rapport avec l'accident du 24 août 2012, le diagnostic de contusion du compartiment externe du genou gauche était retenu, mais il n'y avait plus de signe clinique en faveur de ce diagnostic au jour de l'expertise. L'IRM du genou gauche réalisée en date du 6 novembre 2012 ne montrait aucune lésion post-traumatique au niveau dudit genou ; elle avait montré, sans lien avec cet accident, une discrète dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur sans signe de rupture et une absence de toute lésion intra-articulaire.

L'assuré se disait surtout gêné par des brûlures de la partie externe de la face antérieure du genou, de la face externe dudit genou et du tiers inférieur de la face de la cuisse. Ces brûlures n'avaient pas d'explication médicale et ne pouvaient être mises en rapport ni avec l'accident du 24 août 2012 (n'étant survenues que neuf mois après cet accident), ni avec celui du 17 juillet 2014 (étant décrites antérieurement à ce dernier et une décompensation ou une aggravation par cet accident étant exclues).

Il n'y avait plus d'atteinte à l'intégrité. Aucune séquelle objectivable de l'accident du 24 août 2012 n'était retrouvée ; le genou gauche avait récupéré une mobilité normale, était sec et stable dans les deux plans, donc sans lésion ligamentaire. Il n'y avait plus non plus de séquelle objectivable de l'accident du 17 juillet 2014 ; aucune amyotrophie n'était constituée et tous les signes d'algodystrophie ayant compliqué cet événement avaient disparu ; les lésions ligamentaires avaient bien cicatrisé grâce à l'immobilisation de six semaines. Il existait un contexte d'anxiété susceptible d'expliquer en partie la persistance des plaintes de l'assuré.

Il n'y avait plus aucune limitation somatique suite aux événements des 24 août 2012 et 17 juillet 2014 dans les emplois de cuisinier et d'employé de maison. L'incapacité de travail médicalement secondaire à l'accident du 24 août 2012 avait été de 100 % du 24 août au 6 novembre 2012, puis de 0 % dès cette date-ci, sans diminution de rendement. L'incapacité de travail médicalement secondaire à l'accident du 17 juillet 2014 avait été de 100 % du 17 juillet au 17 septembre 2014 du fait de la suspicion de la fissure de la partie distale de la fibula et de l'élongation (entorse) des trois faisceaux du ligament collatéral latéral de la cheville droite, puis avait été maintenue jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2015 en raison de l'algodystrophie qui s'en était suivie. À partir du 2 février 2015, l'incapacité de travail de l'assuré était de 0 %, sans diminution de rendement.

15. Le 19 mars 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015.
16. SWICA a communiqué le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ au Dr F\_\_\_\_\_ le 23 mars 2015, et elle a informé téléphoniquement l'assuré qu'elle ne verserait plus d'indemnités journalières en sa faveur parce qu'il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 %.
17. Par décision du 23 mars 2015 visant les deux accidents des 24 août 2012 et 17 juillet 2014, SWICA, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans son activité dès le 2 février 2015, et qu'il n'existait plus de traitement susceptible d'améliorer son état de santé pour lui permettre de développer son activité professionnelle. Elle mettait un terme au versement de ses prestations avec effet immédiat, sous réserve de l'éventuelle arthroscopie de la cheville qui serait le cas échéant effectuée dans l'hypothèse évoquée par le Dr H\_\_\_\_\_. Opposition pouvait être formée dans les trente jours contre cette décision, déclarée exécutoire nonobstant opposition.
18. SWICA en a informé les employeurs de l'assuré, E\_\_\_\_\_ Sàrl et l'État de Genève.
19. Lors d'un téléphone du 24 mars 2015 à SWICA, l'assuré a dit ne pas comprendre la décision de cette dernière. Une IRM avait été faite récemment, qui apportait de nouveaux éléments. SWICA l'a informé que le rapport d'expertise avait été envoyé au Dr F\_\_\_\_\_ et qu'il lui était loisible de lui adresser un rapport détaillé s'il avait des éléments nouveaux à lui soumettre. L'assuré a indiqué que, selon le Dr F\_\_\_\_\_, il pourrait reprendre son activité à 50 % depuis mai 2015.

20. Par recommandé du 25 mars 2015, l'assuré a contesté la décision précitée de SWICA. Il avait été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_ le 3 mars 2015 et, sur prescription de ce dernier (qui avait alors attesté de sa totale incapacité de travail jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015), il avait subi une IRM de sa cheville droite le 4 mars 2015 ; il produisait le rapport précité des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.
21. En réponse à une demande de SWICA du 13 avril 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a pris position, le 28 avril 2015, sur le résultat de l'IRM du 4 mars 2015. Cette IRM ne modifiait pas ses conclusions. Les faisceaux ligamentaires du ligament latéral externe (ou ligament collatéral latéral) avaient cicatrisé, même s'ils avaient un aspect remanié pouvant persister pour l'accident du 17 juillet 2014. L'épaississement du ligament talo-fibulaire postérieur (rapporté à un probable conflit au niveau de la face postérieure du talus, mais pour lequel l'examen clinique ne plaiderait pas) témoignait simplement de l'accident, par des aspects pouvant persister longtemps. Quant à l'épaississement du spring ligament évoquant des contraintes mécaniques sans lésion significative du tendon tibial postérieur au contact, il l'avait amené à indiquer la réalisation éventuelle d'un arthroscanner ; pour le moment, aucune lésion n'était visible, mais il ne pouvait affirmer pour autant que de petites lésions cartilagineuses ne surviendraient pas. La prolongation de l'incapacité de travail ne trouvait cependant pas de justification ; l'assuré ne s'était pas plaint d'instabilité et il n'y avait pas de laxité à l'examen ; cela confirmait que le ligament latéral externe avait cicatrisé ; l'éventualité d'une possible lésion cartilagineuse qui serait visible dans les mois à venir ne pouvait justifier une incapacité de travail.
22. Le 1<sup>er</sup> mai 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a certifié que l'incapacité de travail de l'assuré était de 0 % dès le 4 mai 2015.
23. Par courrier du 22 mai 2015 (confirmant une demande téléphonique du même jour), l'assuré a requis de SWICA qu'elle rende une décision sur opposition et intervienne à titre provisoire en tant qu'assureur perte de gain maladie, tout en annonçant qu'il allait faire prochainement un arthroscanner de la cheville selon la recommandation du Dr H\_\_\_\_\_.
24. SWICA lui a répondu le 2 juin 2015. Le Dr H\_\_\_\_\_ (dont elle lui transmettait le rapport complémentaire du 28 avril 2015) maintenait sa position. Elle prendrait en charge les frais relatifs à la réalisation de l'arthroscanner de la cheville. SWICA Assurance-maladie SA, à laquelle elle transmettait sa demande de lui allouer provisoirement l'indemnité journalière au-delà du 23 mars 2015, lui enverrait une procuration à signer afin que cet assureur puisse consulter le dossier, mais il était probable que celui-ci suive aussi les conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_.
25. Le 4 juin 2015, SWICA Assurance-maladie SA a invité l'assuré à lui donner une procuration lui permettant de prendre connaissance du dossier auprès de son assureur LAA, en vue de prendre position comme assureur perte de gain maladie de son employeur.

26. Un arthroscanner de la cheville droite de l'assuré a été réalisé le 16 juin 2015. Dans son rapport du 19 juin 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a noté, en comparaison avec les IRM des 5 septembre 2014 et 4 mars 2015 et en conclusion, l'absence de lésion chondrale au niveau de l'articulation talo-crurale et une ostéopénie d'allure micro-vacuolaire évoquant une algodystrophie dans le contexte des séquelles de déchirure du plan ligamentaire latéral de la cheville.
27. Par recommandé du 29 juin 2015, SWICA Assurance-maladie SA a indiqué à l'assuré qu'il ne lui appartenait pas d'intervenir dans ce dossier, dans lequel l'expert avait considéré que sa capacité de travail était totale dans son poste de cuisinier, au demeurant sans faire mention d'une quelconque incapacité de travail pour cause de maladie (si bien qu'elle n'aurait pas même dû prendre position).
28. En réponse à une demande de SWICA du 11 août 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a pris position, le 25 août 2015, sur le résultat de cet arthroscanner. Celui-ci ne remettait pas en cause ses conclusions. À propos de l'ostéopénie évoquée, un arthro-CT ne représentait pas en l'occurrence un examen de référence pour investiguer une algodystrophie ; l'imagerie retrouvait une ostéopénie d'aspect microvacuolaire multifocale, soit la persistance des signes radiologiques initiaux, sans éléments nouveaux témoignant d'une nouvelle évolution ; à l'examen, aucun signe clinique n'évoquait une algodystrophie active ; il ne s'agissait que de signes d'imagerie persistants, ce qui était normal puisque de tels signes s'estompaient à long terme. Pour le reste, l'examen du 16 juin 2015 aboutissait aux mêmes conclusions que celles de son expertise, à savoir une absence de lésion chondrale au niveau du talus, un aspect normal des structures ostéo-articulaires et un épaissement persistant des ligaments talo-fibulaire antérieur et calcanéo-fibulaire en lien avec les cicatrices de l'élongation initiale.
29. Le 4 septembre 2015, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.
30. Par décision sur opposition du 30 septembre 2015, SWICA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 23 mars 2015. Conformément aux conclusions du rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, il n'y avait plus de trouble somatique significatif en rapport avec les accidents des 24 août 2012 et 17 juillet 2014, dès le 6 novembre 2012 s'agissant du premier et dès le 2 février 2015 s'agissant du second. L'assuré avait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, depuis le 2 février 2015. L'expert avait expliqué que les résultats de l'IRM du 4 mars 2015 et de l'arthroscanner du 16 juin 2015 ne modifiaient pas les conclusions de son expertise. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015 avant d'avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, puis avait reconnu sa pleine capacité de travail dès le 4 mai 2015. Le rapport d'expertise avait pleine valeur probante. C'était à bon droit que SWICA avait refusé ses prestations au-delà du 23 mars 2015. Un recours contre cette décision sur opposition n'aurait pas d'effet suspensif.

31. Le 14 octobre 2015, la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué au Dr F\_\_\_\_\_, qui lui avait adressé l'assuré, que ce dernier se plaignait toujours de douleurs irradiant dans le mollet droit, sans décharge électrique dans la cheville, la jambe ou le pied. À l'examen clinique, il y avait une trophicité symétrique, un varus/valgus de la cheville symétrique, pas d'œdème, pas de douleur à la palpation ni à la mobilisation, une flexion dorso-plantaire à 60 % à droite. L'assuré présentait les signes d'une algodystrophie de la cheville droite au décours d'une entorse datant du 17 juillet 2014. Il n'y avait pas d'indication à entreprendre quoi que ce soit (encore moins sur le plan chirurgical). La capacité de travail de l'assuré était de 100 %.
32. Par courrier recommandé du 30 octobre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concernant les suites de son accident de football du 17 juillet 2014, en demandant que son incapacité de travail consécutive à cet accident soit reconnue du 23 mars au 1<sup>er</sup> mai 2015, que SWICA avait décidé de ne plus prendre en charge ni comme assurance-accidents ni comme assurance perte de gain maladie. Il estimait sa prétention à CHF 3'334.50 (39 jours à CHF 85.50).
33. Par mémoire du 25 novembre 2015, SWICA a conclu au rejet du recours, en reprenant quasiment mot pour mot les termes de sa décision sur opposition attaquée.
34. Dans des observations du 13 janvier 2016, l'assuré a indiqué qu'il avait demandé une contre-expertise le 3 mars 2015, sans avoir reçu de réponse, et qu'il n'avait reçu ni le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ ni la prise de position de ce dernier du 28 avril 2015. Il ne lui était pas possible de reprendre son emploi de cuisinier à fin mars 2015 et encore moins le 2 février 2015. La situation médicale n'était désormais plus en état d'être appréciée. Il maintenait sa demande de prise en charge de sa perte de gain du 23 mars au 1<sup>er</sup> mai 2015.
35. Le 26 janvier 2016, SWICA a contesté les objections émises par l'assuré. Celui-ci avait été dûment renseigné en temps utile, lors d'entretiens téléphoniques et par écrit. La position du Dr H\_\_\_\_\_ était connue de l'assuré.
36. Le 12 février 2016, l'assuré a répété avoir demandé une contre-expertise le 4 mars 2015 et avoir pensé qu'en cas de désaccord elle devait lui être accordée dans la procédure d'opposition. Il produisait des clichés de sa cheville droite pris le lendemain de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, le 3 février 2015 (et un pris le 30 août 2014). Une reprise d'activité professionnelle autant au restaurant de E\_\_\_\_\_ Sàrl qu'à l'État de Genève n'était pas réellement envisageable en mars 2015.
37. Le 18 février 2016, la chambre des assurances sociales a transmis une copie de cette écriture et de ses annexes à SWICA.

---

**EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition mettant un terme à des prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à l'annulation ou la modification de cette dernière, l'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Il sied de préciser que l'objet du présent recours ne saurait déborder du cadre délimité par la décision attaquée, qui a été rendue en application de la LAA et ne porte que sur des prestations, en particulier des indemnités journalières, prévues par cette loi. La chambre de céans n'a pas à aborder la question de savoir si le recourant aurait droit, pour la période considérée, à des indemnités de perte de gain maladie de l'assureur-maladie de son employeur, et ce que ledit assureur-maladie – abstraction faite du point de savoir si le recourant s'est trouvé en incapacité de travail durant ladite période – soit tenu le cas échéant en vertu d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, individuelle ou collective (la dernière hypothèse apparaissant ici plus probable au vu de la prise de position de SWICA Assurance-maladie SA du 29 juin 2015), souscrite dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, régie par la LAMal et la LPGA, ou qu'il le soit en vertu d'un contrat d'assurance privée, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) (la seconde hypothèse étant a priori plus probable au vu de ladite prise de position). Ce n'est pas la même entité juridique qui, quoique appartenant au groupe SWICA, gère respectivement l'assurance-accident et l'assurance-maladie, comme cela résulte du fait que l'intimée a transmis la demande du recourant d'obtenir des indemnités de perte de gain maladie à SWICA Assurance-maladie SA, et cette dernière n'est pas même partie à la présente procédure. De plus, s'il y a eu une prise de position de cet assureur-maladie sur ladite prétention du recourant (prise de position qui n'a pas comporté la désignation qu'elle serait une décision), il ne s'est pas agi, dans l'hypothèse d'une

assurance facultative d'indemnités journalières régie par la LAMal et la LPGA, d'une décision sur opposition, seule sujette à recours à la chambre de céans, ni même d'une décision sujette à opposition, et il faudrait donc préalablement, dans cette hypothèse, que le recourant requiert la prise d'une telle décision puis forme opposition avant le cas échéant de former un recours (Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 24 ss, et 560 renvoyant aux n. 457 ss). Et si – comme c'est plus probablement le cas – il s'agit d'un contrat d'assurance privée, soumis à la LCA, il appartient au recourant d'introduire devant la chambre de céans (art. 134 al. 1 let. c LOJ) un procès par voie d'action, régi par le code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272).

d. Le présent recours, ainsi délimité, sera déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant, au regard de la LAA, à des prestations, en particulier des indemnités journalières de la part de l'intimée du 23 mars au 1<sup>er</sup> mai 2015 pour les accidents qu'il a subis les 24 août 2012 et 17 juillet 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions matérielles de la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.  
b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).  
c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être

qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

e. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

---

(*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal

---

fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. a. En l'espèce, le recourant ne conteste pas qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dès le (samedi) 2 mai 2015. Se fondant sur l'arrêt de travail que l'orthopédiste l'ayant suivi avait prolongé jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015 en date du 19 mars 2015, il estime que l'intimée n'était pas en droit de cesser le versement de ses prestations, en particulier des indemnités journalières, le 23 mars 2015, mais devaient les lui verser jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015.

Plusieurs considérations s'opposent à ce que ledit certificat médical d'arrêt de travail puisse se voir reconnaître valeur probante. En effet, il n'est nullement motivé ; il a été établi alors que l'expertise médicale avait certes déjà été faite mais que ses conclusions et les motifs retenus par l'expert n'avaient pas encore été communiqués audit médecin (ni au recourant) ; il n'a pas été contesté par ledit médecin, a fortiori de façon motivée, alors que l'intimée avait indiqué au recourant, par téléphone du 24 mars 2015, que son médecin recevait ce rapport d'expertise et qu'il lui était loisible (à lui-même ou à l'évidence audit médecin) de lui adresser un rapport détaillé s'il avait des éléments nouveaux à lui soumettre ; après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, le médecin considéré a établi, le 1<sup>er</sup> mai 2015, un certificat de pleine capacité de travail dès le 4 mai 2015 (alors que, selon ce que le recourant a dit à l'intimée lors dudit téléphone du 24 mars 2015, il envisageait alors une reprise d'activité à 50 % seulement depuis mai 2015). De surcroît, si le recourant lui avait été adressé initialement par son médecin traitant, ledit médecin l'avait suivi depuis lors et en était devenu de la sorte aussi un médecin traitant, dont l'avis, surtout dans les conditions susrappelées, doit être pris avec la réserve liée à

---

cette qualité de mandataire (ATF 125 V 353 consid. 3a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 419/03 du 22 octobre 2003 consid. 4 in fine).

b. L'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, qui est un médecin indépendant de l'intimée et a agi au bénéfice d'un mandat d'expertise et non d'un mandat thérapeutique, répond aux exigences jurisprudentielles devant conduire à lui reconnaître valeur probante. Non seulement elle émane d'un spécialiste de la discipline médicale pertinente (à savoir l'orthopédie), mais aussi elle est substantielle, se base sur une étude fouillée du cas, prend en compte et analyse les faits pertinents du dossier et les différents pièces médicales figurant au dossier, et comporte des conclusions dûment motivées. De plus, ledit expert ne s'est pas prononcé que sur pièces ; il a lui-même ausculté le recourant.

Ainsi, dans son expertise analytique par diagnostic, ledit expert a retenu, s'agissant de l'accident du 17 juillet 2014, que ce dernier avait provoqué une minime fissure de la métaphyse distale de la fibula droite, ainsi qu'une élongation du ligament collatéral latéral au niveau du faisceau talo-fibulaire antérieur, du faisceau calcanéo-fibulaire et du faisceau talo-fibulaire postérieur. Au jour de l'expertise (le 2 février 2015), l'examen clinique ne montrait plus aucun signe avec la fissure métaphysaire de la fibula. Concernant les lésions ligamentaires, les articulations de la cheville et du pied avaient récupéré une mobilité normale et étaient indolores, et il n'y avait pas de laxité objectivable, ni de tiroir antérieur à l'examen clinique. La force des muscles moteurs du pied était conservée. Les trois faisceaux du ligament collatéral latéral étaient cicatrisés sur l'IRM de la cheville droite du 5 septembre 2014. Il n'y avait plus non plus de signe clinique en rapport avec le diagnostic d'algodystrophie de la cheville et du pied droits. L'examen ne montrait plus d'augmentation de la chaleur locale, ni d'œdème local, ni de rougeur de la jambe, de la cheville et du pied, ni de tuméfaction. Les mobilités de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations du pied étaient dans les normes et indolores. Quant à l'accident du 24 août 2012, il avait provoqué une contusion du compartiment externe du genou gauche, dont il n'y avait cependant plus de signe clinique au jour de l'expertise. L'IRM du genou gauche qui avait été réalisée le 6 novembre 2012 n'avait déjà montré aucune lésion post-traumatique au niveau de ce genou. Il n'y avait plus de séquelle objectivable tant de l'accident du 24 août 2012 que de celui du 17 juillet 2014, qui n'avaient plus engendré d'incapacité de travail depuis respectivement le 6 novembre 2012 et le 2 février 2015.

c. Avant que la décision attaquée ne soit rendue, l'expert s'est prononcé sur les deux rapports radiologiques produits par le recourant (alors opposant), à savoir celui du 4 mars 2015 des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ sur l'IRM de la cheville droite réalisée le 4 mars 2015 et celui du 19 juin 2015 du Dr J\_\_\_\_\_ sur l'arthroscanner de la même cheville du 16 juin 2015.

Ces deux rapports radiologiques sont purement descriptifs ; ils ne comportent pas d'appréciation sur la capacité de travail du recourant. L'expert a expliqué de façon convaincante que les constats qui y figurent ne contredisent ni les siens (mais ne

font que de témoigner de l'accident considéré, propre à laisser durablement de telles traces), ni, surtout, ses conclusions.

Dans la mesure où, s'agissant du rapport du 4 mars 2015, il y aurait une divergence, à propos de l'épaississement du ligament talo-fibulaire postérieur, quant au point de savoir s'il tenait à un conflit au niveau de la face postérieure du talus, la chambre de céans estime devoir ajouter foi à la déclaration de l'expert que l'examen clinique n'était pas un tel conflit, comme d'ailleurs à celle que de possibles petites lésions cartilagineuses ne justifiaient en tout état pas d'incapacité de travail.

Il n'y a pas non plus d'élément devant conduire à ne pas retenir, ainsi que l'expert l'a déclaré, que l'arthroscopie effectuée le 16 juin 2015 ne représentait pas un examen de référence pour investiguer une algodystrophie et, surtout, que celle qu'avait eue le recourant n'était plus active, quand bien même des signes, visibles à l'imagerie, subsistaient, de tels signes ne s'estompant qu'à long terme, mais n'étaient aucunement une incapacité de travail.

d. Quant à lui, le Dr I\_\_\_\_\_, s'il a certes rapporté les plaintes du recourant quant à des douleurs au niveau du genou gauche dans son courrier du 26 février 2015 (postérieur à l'expertise), il a précisé que ces douleurs étaient mieux circonscrites que deux ans plus tôt, et, surtout, il a précisé que l'examen du genou était dans l'ensemble dans les limites de la norme, et il a par ailleurs estimé que l'évolution de la cheville était favorable, même s'il relevait une perte de mobilité, sans noter – s'agissant-il de relever – une quelconque incapacité de travail, de façon générale comme en lien avec les séquelles des deux accidents considérés.

e. Certes le 14 octobre 2015, la Dresse L\_\_\_\_\_ a relaté des plaintes du recourant relatives à une persistance de douleurs irradiant dans le mollet droit, mais elle n'a pas relevé, à l'examen clinique, d'anomalie susceptibles de les expliquer, même si elle a constaté une flexion dorso-plantaire à 60 % à droite. Elle n'a préconisé aucun traitement ni intervention, et a indiqué explicitement que la capacité de travail du recourant était entière.

f. Enfin, ce ne sont pas les photos de ses chevilles que le recourant a produites le 12 février 2016 – selon lui trois du 3 février 2015 et une du 30 août 2014 – qui peuvent convaincre la chambre de céans de sa prétendue incapacité de travail du 23 mars au 1<sup>er</sup> mai 2015 (d'autant plus que si celle qui serait du 30 août 2014 illustre une atteinte à la cheville droite qu'on discerne à peine sur les trois autres).

g. S'il est exact que par courrier du 3 mars 2015, le recourant avait, au demeurant sommairement et sans avancer d'argument pertinents, évoqué la nécessité à ses yeux d'une contre-expertise, force est de dire que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ a été suffisamment complet et convainquant pour que l'intimée n'ait pas à donner suite à ce souhait voire cette requête du recourant. L'intimée a en revanche pris soin, à bon droit, de solliciter des prises de position dudit expert sur les deux rapports radiologiques précités.

L'intimée n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant avant de rendre respectivement sa décision du 23 mars 2015 et celle, sur opposition, du 30 septembre 2015 en n'ordonnant pas une contre-expertise.

Il en va de même de la chambre de céans, qui estime pouvoir et devoir accorder une pleine force probante au rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ et à ses prises de position sur les deux rapports radiologiques précités (cf. sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). Les conditions auxquelles une nouvelle expertise doit être ordonnée ne sont pas remplies.

7. C'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations, en particulier aux indemnités journalières, au 23 mars 2015. Le recours sera rejeté.
8. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 60 let. b LPGA).

Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni à l'intimée.

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le